

УДК 614.2

С.А. Шардин, А.Ю. Павловских, Л.А. Шардина

**ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ
У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ: ГЕНДЕРНЫЕ
И ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ***Уральский государственный медицинский университет
г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Аннотация. В половозрастном аспекте представлены результаты анализа литературных материалов отечественных и зарубежных авторов по вопросам отношения к своему здоровью населения России. Отмечается необходимость дальнейшего изучения влияния репродуктивного аппарата на возникновение рассмотренных проблем в динамике всех этапов жизненного цикла для последующей разработки методов профилактики и коррекции выявляемых отклонений со стороны соматического и нервно-психического статусов.

Ключевые слова: пол, возраст, население, гинекология.

S.A. Shardin, D.J. Pavlovskiyh, L.A. Shardina

**ATTITUDES TOWARDS THEIR HEALTH OF THE RUSSIAN
POPULATION: GENDER AND AGE ASPECTS***Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation*

Abstract. In gender-age aspect we present the results of the analysis of materials of domestic and foreign authors on the question of the attitude to health of the Russian population. We note the need to further study the effects of reproductive apparatus of the occurrence of violations of the physical and neuropsychological status for further development of methods for the prevention and correction of identified violations.

Keywords: gender, age, sex, population, gynecology.

В течение практически всего XX века имевшиеся различия в здоровье мужчин и женщин интерпретировались прежде всего с биологических позиций. На завершающем этапе указанного столетия возникла проблема описания поведения мужчин и женщин по отношению к своему здоровью в контексте конкретных социальных и культурных особенностей их жизни [3; 16; 19; 20]. Начало XXI века ознаменовалось разработкой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) рекомендаций по применению гендерного подхода к изучению здоровья населения. В данном аспекте понятие «гендер» (англ. gender — род, секс, пол, порождать) является специфической структурой социальных отношений и набором практик, переносящих репродуктивные

различия между женским и мужским организмами на социальные процессы [1; 5; 17; 18]. Иначе говоря, если понятие «пол» в настоящее время ассоциируется в первую очередь с репродуктивной функцией человека, то понятие «гендер» — с социальными закономерностями поведения мужчин и женщин вообще и по отношению к своему здоровью — в частности.

Исследованиями, выполненными в первые годы нынешнего столетия отечественными и зарубежными учеными [6; 7; 17], было установлено, что отношение человека к своему здоровью определяется прежде всего гендером, а не биологическим полом. При этом гендерные роли мужчин и женщин в формировании их здоровья и, следовательно, качества

жизни различны. Содержание же гендерных характеристик и реального поведения структурируется в соответствии с конкретными социально-культурными условиями [13].

В контексте основных положений генитологии (науки, изучающей в динамике онтогенеза у лиц мужского и женского пола причинно-следственные связи между репродуктивной системой, с одной стороны, и нерепродуктивными органами и тканями — с другой в условиях нормы и патологии) вопросы гендерных и возрастных аспектов отношения к своему здоровью населения представляют значимый научный и практический интерес. Так как современная семья требует от общества принятия решений по ряду вопросов, касающихся дифференциации мужчин и женщин, одной из таких проблем является отношение представителей разного пола к своему здоровью (а значит, и к качеству жизни).

1. Психосоциологические «портреты» лиц репродуктивного возраста и особенности их гендерных стереотипов отношения к своему здоровью

1.1. Стереотипы отношения к здоровью у мужчин

Большинство коренных жителей мужского пола России, полагает И.С. Кон, имеют сформировавшийся типичный мужской стереотип [10]. Структура ролевых норм мужчины складывается из таких вариантов его поведения, как: а) завоевание им правового положения и уважения другими людьми; б) обладание умственной, эмоциональной и физической твердостью; в) избегание стереотипно женских занятий и видов деятельности.

Негативным последствием ситуаций, когда мужчине сложно поддерживать стандарт мужской роли или когда обстоятельства требуют от него проявления женских моделей поведения, которых просто нет в его репертуаре или они запрещены мужской ролью, выступает так называемый «мужской гендерно-ролевой стресс (МГРС)». Мужчинам с высоким показателем МГРС очень сложно проявлять нежные чувства, то есть у них более низкий уровень вербальной и невербальной экспрессивности, чем у мужчин с низким показателем МГРС. Таким образом, мужчины постоянно сталкиваются с трудностями, обусловленны-

ми самим содержанием их гендерной роли. Однако наука редко обращается к специфическим переживаниям мужчин, которые находятся под постоянным нормативным и информационным давлением, предписывающим воспроизводить только маскулинные характеристики. Общество поощряет мужчин за соответствующее гендеру поведение и осуждает за отход от него, в связи с чем среди них широко распространен единственный гендерный стереотип — мужской. Маскулинный тип, по описанию И.С. Кона, — это «всегда энергия, инициатива, независимость и самоуправление... причем все это ему дано от природы» [10].

Несмотря на то, что данное предписание «сильного» пола вступает в противоречие с низкой продолжительностью жизни мужчин, лица мужского пола, как свидетельствуют данные Минздравов России и США, реже общаются с врачом. При этом количество мужчин, которые были на приеме у врача более двух лет тому назад, в 2 раза превышает таковое же у женщин. И это одна из причин повышенной смертности у мужчин, так как время, необходимое для ранней диагностики патологии и принятия соответствующих мер по предупреждению драматических развязок, часто упускается. Данное явление касается практически всех заболеваний, особенно среди мужчин из бедных слоев населения, в которых глубже укоренен традиционный стереотип маскулинности — «мужик». Как считает И.С. Кон [10], «мужик»... в противоположность слабому интеллигенту... отличается повышенной сексуальностью, любовью к спиртному, физической силой, грубостью...».

Маскулинный стереотип ориентирует мужчину на самостоятельное преодоление стрессовых ситуаций и трудностей, одновременно тормозя осознание и вербализацию (проговаривание) своих слабостей. Он предписывает индивидууму переоценку своего здоровья, стеснительность в признании своей слабости, отсутствие умения просить о помощи. Негативную роль играет и его низкая комплаентность (следование рекомендациям врача). «Мужчинам для обретения чувства собственного достоинства нет необходимости играть более одной роли, поскольку жизнь российского общества убеждает его в том, что он — существо высшего порядка, а следовательно,

может не слишком напрягаться», — заключает Г.А. Брандт [4].

1.2. Стереотипы отношения к здоровью у женщин

В соответствии с точкой зрения, которую высказала Г.А. Брандт [4], гендерные стереотипы женщин, в отличие от мужчин, сложнее и противоречивее. Она констатирует, что «русская женщина вынуждена «раздваиваться», «растраиваться» и «выворачиваться наизнанку», поскольку она «и жнец, и швец, и на дуде игрец» и должна успевать везде и во всем. Главное — это ежедневная демонстрация своей выносливости и способности безупречно выполнять возложенные на нее обязанности».

Таким образом, самочувствие современной женщины серьезно зависит от того, насколько она соответствует тому образу «нормальной» и «правильной» женщины, который бытует в ее референтных группах. В современной России эта потребность «соответствовать» обострена особенно, поскольку в прошедшие советские времена, как указывает Г.А. Брандт, «страсть... государства к стиранию всяческих граней коснулась достаточно основательно и сферы пола. В течение многих десятилетий в советской пропаганде тиражировался образ женщины маскулинного типа, «соратницы по борьбе», ни в чем не уступающей, а зачастую и перегоняющей мужчину во всех традиционно мужских сферах деятельности» [4]. Иллюстрацией тому может служить скульптура В.И. Мухиной «Рабочий и колхозница».

В зависимости от характера отношения женщин к проблемам своего здоровья выделяют три группы стереотипов.

Первая группа, условно названная «патриархальной», представляет в основном домохозяйек, у которых существует множество проблем со здоровьем. Большинство из них не может удовлетворить свои социальные потребности. К тому же, многие социологи согласны, что женщина, не зарабатывающая деньги, пользуется в доме меньшей властью. Женщины этой группы нередко демонстрируют такие модели поведения во время болезни, как: *а)* более частая и быстрая реакция на болезненное состояние и обращаемость за советом к специалисту; *б)* преувеличение количества и серьезности своих проблем в здоровье;

в) частое пожертвование карьерой ради семьи (оставаться дома в случае необходимости ухода за близкими); *г)* нередкая склонность к пропускам работы в случае своей болезни или болезни близких.

Во *вторую группу* входят модели поведения, ориентированные прежде всего на феминистский стереотип. Однако женщины, намеревающиеся сделать карьеру, как правило, демонстрируют маскулинную модель поведения. При этом они нередко сталкиваются с так называемым «стеклянным потолком», смысл которого заключается в существовании в некоторых организациях как бы невидимого предела (потолка), выше которого лица женского пола при всем своем желании не могут продвинуться. Причина данного «препятствия» кроется в общепринятых стереотипах, в соответствии с которыми роль несомненного лидера всегда отводится мужчине, а не женщине, несмотря на все ее очевидные достоинства и незаурядный потенциал.

Еще одной проблемой работающих женщин этой группы является дефицит времени, необходимого для отдыха, поскольку дома (нередко после работы) они трудятся намного больше, чем их тоже работающие мужья. В связи с этим обстоятельством женщинам данной группы даже во время болезни свойственны такие модели поведения, как: *а)* затруднения с выделением времени, необходимого для визита к врачу вследствие двойной занятости; *б)* завышение оценки своих способностей к самолечению.

Третью группу составляют женщины, рассматривающие свое здоровье с позиций эталонов красоты и «готовые на все» ради достижения стандарта, порой образно называемого «стандартом глянцевого журнала». С этим связаны широкая коммерциализация предложений эстетической медицины, сети различных центров, например, по коррекции веса и т.д.

Указанные стереотипы преломляются и в здравоохранении. Например, профессия медицинской сестры — почти исключительно женская (в классификаторе профессий до последнего времени отсутствовал «медицинский брат») и является как бы продолжением функции женщины в семье. И совсем не случайно к ней предъявляются повышенные требования относительно ее личностных качеств, в том

числе способность к сопереживанию, умение понять пациента, позаботиться о нем и т.д. Но не секрет, что медсестра менее ценится в здравоохранении и ее труд оплачивается хуже, чем он этого стоит.

1.3. Сравнительный аспект гендерных стереотипов отношения к здоровью у мужчин и женщин

В ходе сравнительного изучения гендерных стереотипов отношения к своему здоровью у лиц обоего пола И.Б. Назарова [12] отметила, что мужчины отличаются от женщин по следующим признакам: **а)** чаще ограничены во времени для того, чтобы заниматься здоровьем, поскольку должны выполнять роль кормильца и делать карьеру; **б)** более значимые проблемы со здоровьем являются поводом для обращения к врачу; **в)** больше боятся потерять работу и заработок, в связи с чем чаще выходят на работу во время болезни; **г)** легче впадают в депрессию, а в крайнем случае (если, например, остаются без работы) решаются на суицид.

Ломка традиционного гендерного стереотипа неизбежно порождает многочисленные социально-психологические проблемы и трудности, причем мужчины и женщины испытывают давление в противоположных направлениях. Женщины, вовлекаемые в общественное производство и политику, вынуждены развивать в себе необходимые для конкурентной борьбы «мужские» качества: настойчивость, энергию, силу воли. Мужчины же, утратив бесспорное господство, начинают вырабатывать у себя исконно женские качества: способность к эмпатии, т.е. умению представить себя на месте другого, и компромиссу. Перечисленные противоречия приводят к девиациям поведения, в том числе к гендерной асимметрии поведения мужчин и женщин во время болезни [2]. По мнению специалистов, пациенты мужского пола кажутся более деятельными и более компетентными, чем женского, однако уступают им в коммуникабельности [18].

Как свидетельствуют данные И.С. Кона [10], чем пластичнее поведение человека во время болезни, т.е. чем активнее он использует нестандартные гендерные роли, тем позитивнее динамика патологии. Подтверждением таких выводов отечествен-

ного ученого являются результаты его семнадцатилетнего когортного исследования, осуществленного им в Шотландии. В ходе наблюдения за 704 мужчинами и 847 женщинами, страдавшими сердечно-сосудистой патологией, установлено, что в период с 1988-го по 2005 год из этой группы умерли 88 (12,5%) пациентов мужского пола и 41 (7,49%) — женского. Смертность у мужчин, таким образом, была в 1,67 раза выше, чем у женщин. Изучив психологические и гендерные особенности этих пациентов и статистически взвесив такие факторы, как курение, пьянство, вес тела, артериальное давление, семейный доход и психологическое благополучие, автор установил, что риск смерти от коронарной недостаточности уменьшается у мужчин, имеющих более высокие показатели феминности. То есть мужчины с более выраженным стереотипно-маскулинным «портретом» рискуют умереть от инфаркта миокарда чаще, чем сравнительно «мягкие» мужчины [10].

S.Kreisler и H.Kreisler, изучавшие психологические особенности у групп лиц мужского и женского пола с различной направленностью на здоровье, установили следующее. В группе мужчин с высокой степенью направленности на здоровье выявлены более высокие показатели привязанности, жизнерадостности, удовлетворенности, а также враждебности и завистливости, чем в группе мужчин со слабой ориентацией на здоровье. Женщины из группы лиц с выраженной ориентированностью на выздоровление, в отличие от женщин группы сравнения, т.е. со слабо выраженной направленностью на здоровье, характеризовались более значимыми показателями эмоциональной реактивности, склонностью к позитивным фантазиям, меньшей выраженностью явлений депрессии, тревожности и страхов. Помимо этого, у них реже отмечались соматические жалобы и симптомы [19].

Следует отметить, что среди мужчин чаще наблюдаются небрежное отношение к собственному здоровью, низкая комплаентность, скрытность (интровертность), склонность к асоциальному поведению, наличие вредных привычек, т.е. в их гендерном «портрете» преобладают негативные черты социально-психологического характера («мужика-добытчика»). В отличие от лиц мужского пола, у женщин

чаще имеют место социальное благополучие, забота о собственном здоровье, высокий комплаенс, открытость (экстравертность), нервно-психическая лабильность (аффективность), негативное влияние периодов онтогенеза (пубертат и климактерий) и биологических ритмов (вторая фаза менструального цикла) и т.д. [15].

В соответствии с материалами работы И.Б. Назаровой [12], сравнивавшей у мужчин и женщин характеры отношения их к своему здоровью, ею выделены три варианта таких гендерных стереотипов. Таковыми являются следующие:

1. *Позитивные* стереотипы, характеризующиеся заботой о собственном здоровье и здоровье близких людей, больше свойственные женщинам.

2. *Негативные* стереотипы характеризуются следующими особенностями: *а)* отсутствие заботы о собственном здоровье и обращение за медицинской помощью в крайних случаях, что свойственно людям с высокой степенью занятости, прежде всего мужчинам, а также женщинам, делающим карьеру, являющимся главой домохозяйств и имеющим большую иждивенческую нагрузку; *б)* отсутствие у женщин времени на заботу о собственном здоровье, часто связанное с повышенной занятостью; *в)* отказ от необходимой медицинской помощи, свойственный женщинам, имеющим детей, и мужчинам, боящимся получить негативную оценку на работе; *г)* наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя, неправильное питание и др.), свойственное больше мужчинам; *д)* преувеличение количества и серьезности заболеваний, характеризующее как мужчин, так и женщин, имеющих тревожный характер; *е)* подверженность депрессивным состояниям, развивающимся чаще у мужчин, теряющих работу.

3. *Сочетанные (позитивно-негативные)* стереотипы, суть которых состоит в том, что человек обращается за медицинской помощью лишь в случае необходимости, при этом не признавая важности здоровья как самоценности [12].

По мнению Е.П. Ильина [8], реакция женщин на гендерно-ролевую нагрузку приводит к тому, что частота нервно-психических расстройств у них в 2—2,5 раза выше, чем у мужчин. Эта закономерность наиболее выражена

в возрасте 30—50 лет, особенно в предменструальном и перименопаузальном периодах, и проявляется во всех социально-профессиональных группах населения. В развитых странах у женщин отмечаются чаще невротические, депрессивные и инволюционные расстройства, а у мужчин — психопатические сдвиги и алкогольные психозы.

Из числа наиболее устойчивых гендерных стереотипов можно указать на мужчину как *кормильца*, который должен активно участвовать на рынке труда, а женщины — как *домохозяйки*, основная задача которой заключается в сидении дома и уходе за другими членами семьи. В тех случаях, «когда в семье доминирует жена», в соответствии с наблюдениями L.A. Cubbins и M. Szaflarski [18], «страдает ее собственное здоровье, тогда как здоровье мужа, наоборот, улучшается».

2. Особенности гендерных стереотипов отношения к здоровью у лиц пожилого возраста

Другой проблемной возрастной группой при изучении отношения к здоровью с позиций гендерных стереотипов выступают лица пожилого возраста, в частности, пенсионеры. Г.С. Абрамова [1] выделяет три группы людей перед их выходом на пенсию.

К *первой* группе относятся те лица, кто очень хотел бы выйти на пенсию с целью занятий в последующем любимым делом (или так называемым «хобби»). Данные люди активно готовятся к этому важному этапу их жизни, получая дополнительные специальности или просто осваивая новую информацию. Выход на пенсию для таких людей — начало новой жизни, когда можно будет с полной отдачей заниматься любимым делом.

Вторая группа, наоборот, состоит из людей, очень боящихся выхода на пенсию. Они пытаются любыми способами продлить сроки работы.

В третью группу входят люди, которые достаточно давно не работают с полной отдачей. Выход на пенсию не принесет им существенных переживаний, связанных с необходимостью перераспределения жизненной энергии. Автор характеризует это состояние как «эгоистическую стагнацию», главными чертами которой выступают депрессивные состояния,

пессимистичность, обращенность к прошлому, разнообразные болевые симптомы.

Не вызывает сомнения, что различным заболеваниям более подвержены лица *второй* и, особенно, *третьей* групп. Во второй группе чаще всего будут формироваться неврастенические тенденции, тогда как третья группа продемонстрирует сочетанную патологию [1].

В соответствии с данными И.Н. Веселковой и Е.В. Земляновой [5], которые были получены в процессе комплексных медицинских осмотров, проведенных в различных регионах Российской Федерации, констатируется: на одного больного в возрасте 50 лет и старше приходится в среднем от 1,7 до 3,6 заболеваний, в то время как на одно лицо 70 лет и старше — уже 5—7 заболеваний.

Выход на пенсию сопровождается фрустрацией потребности в самореализации, что приводит еще полного сил человека к депрессивным состояниям. Как можно удовлетворить эту потребность? Во все времена старый человек имел серьезную социальную функцию — передачу опыта молодым, однако опыт современных пожилых людей, к сожалению, не очень востребован молодежью. В таких случаях потребность в самореализации можно удовлетворить, если быть компетентным в каком-то другом, тоже значимом вопросе. Для российских пенсионеров таких «вопросов» два — сад и болезни.

Ситуация, однако, усугубляется тем, что у пожилых людей не осталось мест, где бы они могли общаться, кроме очередей в медицинских учреждениях. Но чтобы общаться на медицинские темы, пожилому человеку необходимо самому не только прочувствовать болезнь, но и иметь хотя бы минимальные сведения о ней, которые можно получить в соответствующей популярной медицинской литературе. Не стоит забывать и такой вариант решения проблемы дефицита медицинских знаний, как пребывание пенсионеров в стационаре, где всегда есть источники информации (а также пища, свет, тепло и уход).

И.Н. Веселкова и Е.В. Землянова [5] указывают, что среди нозологических форм, негативно влияющих на состояние здоровья населения в возрасте старше 50 лет, ведущими выступают ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахар-

ный диабет и болезни вен. Другой проблемой среди пожилого населения является остеопороз, который называют «тихой эпидемией» развитых стран. Средний возраст больных с переломами позвоночника составляет 60 лет, а с переломами шейки бедра — превышает 70 лет. В числе пожилых людей достаточно много тех, кто свои недомогания считает естественным следствием возраста, поэтому обращается за медицинской помощью только по поводу острых заболеваний.

Авторы констатируют, что различия по полу в заболеваемости существуют и у людей старшего возраста. Так, у женщин чаще встречаются гипертоническая болезнь, нарушения обмена веществ, сахарный диабет, катаракта, глаукома, болезни печени и желчевыводящих путей. Мужчины же более склонны к ишемической болезни сердца, хроническому бронхиту, эмфиземе легких, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; чаще подвергаются травмам. Для них характерен более высокий общий уровень заболеваемости, чем у женщин, как по обращаемости, так и по данным медицинских осмотров [5].

Чем старше становится человек, тем меньше у него удельный вес положительных оценок своего состояния. В частности, доля лиц, считающих, что их здоровье удовлетворительное, в возрастной группе старше 60 лет составляет 50—60%, а хорошая оценка встречается лишь в 2—3% случаев [5]. Заметим, что более пессимистичны в отношении своего здоровья мужчины, нежели женщины. Вспомним мужской стереотип поведения — данный гендерный договор не предусматривает возможности болеть, тогда как в женских стереотипах позиция по отношению к болезни намного мягче, а патриархальный стереотип прямо предписывает возможность заболеть. Следовательно, в пожилом возрасте такие женщины начинают болеть и ворчать, бессознательно привлекая к своей персоне повышенное внимание и обратную связь, а если в семье на них не обращают внимания, они находят себе «жертв» в лице кошек и собак.

Поскольку старость может выступать в разных обликах, важно применять те способы и формы поведения, которые позволяют продлить жизнь без снижения ее качества. В современной психологии активно изучаются стратегии поведения в сложных ситуациях,

названных копингами (от англ. cope — справляться, приспосабливаться). Копинг-стратегии принято определять как сумму когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидуумом для ослабления стрессовых воздействий. По мнению Т.Л. Крюковой, психологическое предназначение копинга состоит в том, чтобы «как можно лучше адаптировать человека к требованиям ситуации, позволяя ему овладеть ею, ослабить или смягчить требования, постараться избежать или привыкнуть к ним» [11]. Мужчины после того, как они большую часть своей жизни несли ответственность, содержали семью и принимали решения, «устают». Утратив бесспорное господство, лица мужского пола начинают вырабатывать у себя исконно женские качества: способность к компромиссу и эмпатии. Другими словами, стремление к господству у них сменяется мудростью. Женщины же наоборот: с возрастом начинают проявлять «мужские» черты характера — властность и агрессивность. Иначе говоря, *мудрость* у них сменяется стремлением к господству.

В заключение необходимо указать на перспективность изучения такой сложной проблемы, как гендерные и возрастные особенности

отношения к болезни у россиян. Очевидно, основным направлением исследования отношения к своему здоровью женщин и мужчин должен стать анализ механизмов формирования именно таких стереотипов поведения, а также степени зависимости этих стереотипов как от официального здравоохранения, так и от индивидуально-личностных и групповых особенностей. С позиций генитологии важно обратить внимание исследователей на роль в развитии рассмотренных проблем состояния репродуктивного аппарата в динамике всех этапов жизненного цикла.

Вывод

В гендерно-возрастном аспекте представлены результаты анализа литературных материалов отечественных и зарубежных авторов по вопросам отношения к своему здоровью населения России. Отмечается необходимость дальнейшего изучения влияния репродуктивного аппарата на возникновение рассмотренных проблем в динамике всех этапов жизненного цикла для последующей разработки методов профилактики и коррекции выявляемых отклонений со стороны соматического и нервно-психического статусов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абрамова, Г. С. Возрастная психология / Г. С. Абрамова. — М.: Академический проект, 2003. — 704 с.
2. Агинская, Т. И. Социальная работа в здравоохранении как пространство гендерной асимметрии: социологический аспект анализа / Т. И. Агинская // Социальная работа и сестринское дело в системе здравоохранения: проблемы профессиональной деятельности и инновации в подготовке кадров: мат. второй межрегион. науч.-практ. конф. (17–19 ноября 2009 г.). — Екатеринбург, 2009. — С. 233–236.
3. Алешина, Ю. Е. Проблемы усвоения ролей мужчины и женщины / Ю. Е. Алешина, А. С. Волович // Вопросы психологии. — 1991. — № 4. — С. 74–82.
4. Брандт, Г. А. Природа женщины / Г. А. Брандт. — Екатеринбург: Гуманитарный университет, 2000. — 178 с.
5. Веселкова, И. Н. Проблемы здоровья и медико-социального обслуживания пожилых людей / И. Н. Веселкова, Е. В. Землянова // Психология старости и старения: хрестоматия. — М.: Академия, 2003. — С. 289–294.
6. Гендерные стереотипы в меняющемся обществе / под ред. Н. М. Римашевской. — М.: Наука, 2009. — 270 с.
7. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века / под ред. Н. М. Римашевской. — М.: ИСЭПН, 2001. — 314 с.
8. Ильин, Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2007. — 544 с.
9. Исаев, Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста / Д. Н. Исаев. — СПб.: Специальная литература, 1996. — 212 с.
10. Кон, И. С. Мужчина в меняющемся мире / И. С. Кон. — М.: Время, 2009. — 496 с.
11. Крюкова, Т. Л. Психология совладающего поведения / Т. Л. Крюкова. — Кострома: Авантитул, 2004. — 480 с.
12. Назарова, И. Б. Здоровье занятого населения / И. Б. Назарова. — М.: Макс-Пресс, 2007. — 525 с.
13. Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. — СПб.: Питер, 2003. — 256 с.
14. Социальное положение и уровень жизни населения России: стат. сб. — М.: Росстат, 2004. — 112 с.
15. Шардин, С. А. Особенности сестринского ухода за больными разной половой принадлежности / С. А. Шардин, Д. Ю. Попов // Екатеринбург: Диспут плюс. — 2014. — № 5. — С. 89–94.
16. Bronfenbrenner, U. Soviet methods of character education Some implications for research / U. Bronfenbrenner // Readings in child behaviour and development. — N.Y. — 1964. — P. 262–271.